UEBER

TAUSEND GEBURTEN

DER

KŒNIGL. UNIVERSITÆTS-FRAUENKLINIK

ZU WUERZBURG.

EIN BEITRAG ZUR GEBURTSHILFLICHEN STATISTIK.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTAET

DER

KŒNIGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITAET WUERZBURG

ZUR

ERLANGUNNG DER DOCTORWUERDE

VORGELEGT VON

HUGO JACOBSOHN

AUS

LABUHN I. POMMERN.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

BERLIN

ALBERT LEHMANN • BUCHDRUCKEREI • RAMLERSTR. 22

1902.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: **Herr Prof. Dr. Hofmeier.**

Seit dem 1. Januar 1889 kamen bis zum 9. Januar 1900 in der königl. Universitätsfrauenklinik zu Würzburg 500 Geburten zur Beobachtung. Einen Bericht über das erste Tausend gab Herr Prof. Hofmeier in einem Journalartikel „zur Prophylaxis der Wochenbetterkrankungen“ in der Deutschen medicin. Wochenschrift, 1891 pag. 132. Das 2. Tausend wurde einer Inaugural-Dissertation (Matthes, Inaugural-Dissert., Würzburg, 1894), das 3. Tausend einer Inaugural-Dissertation (Hartel, Inaug.-Diss., Würzburg 1897), das 4. Tausend einer Inaugural-Dissertion (Full, Inaug.-Diss. Würzburg 1899) zu Grunde gelegt. Das 5. Tausend bietet das Material der vorliegenden Arbeit. Es sind dies die Geburten, die vom 16. April 1898 bis zum 25. Februar 1900 zur Beobachtung kommen.

Von diesen 1000 in der Anstalt entbundenen Frauen waren:

I. para	467	VI. para	27	XI. para	5
II. „	258	VII. „	19	XII. „	3
III. „	115	VIII. „	10	XIII. „	3
IV. „	54	XI. „	7	XIV. „	2
V. „	29	X. „	2		

Von den 1000 Wöcherinnen waren:

Unter 20 Jahren	46
Zwischen 20 und 30 Jahren .	719
Zwischen 30 und 40 Jahren .	210
Aelter als 40 Jahre	17
Nicht angegeben das Alter bei	8

Die jüngste Wöchnerin war 16 Jahre, die älteste 47 Jahre, die älteste Erstwöchnerin war 41 Jahre.

Geboren wurden von den 1000 Frauen 1012 Kinder, indem 988 Frauen mit 1 Kinde und 12 mit Zwillingen niederkamen.

Von den Kindern waren 515 männlichen, 489 weiblichen Geschlechts; bei 8 Kindern fehlt eine Geschlechtsangabe.

Es stellten sich zur Geburt ein in

I. Schädellage . . .	579	Vollkommene Fusslage	8
II. „ . . .	329	Unvollkomm. Fusslage	1
I. Vorderhauptlage . .	7	I. Querlage	10
II. „ . .	3	II. „	10
I. Gesichtslage . . .	4	Vorderscheitelbeineinstellung	0
II. „ . . .	0	Hinterscheitelbeineinstellung	5
Stirnlage	3		
I. Steisslage	16		
II. „	11		

Nicht angegeben ist die Lage von 26 Früchten. Es handelt sich dabei um Frauen, welche halb entbunden in die Anstalt aufgenommen wurden und um Aborte in frühen Monaten.

Sturzgeburten kamen 8 zur Beobachtung. Es sind hier all die Fälle gerechnet, bei denen die Frauen halb entbunden aufgenommen wurden, oder bei denen die Geburt bei der Aufnahme ins Kreiszimmer so schnell erfolgte, dass eine innere Untersuchung nicht vorgenommen werden konnte.

Aborte sind 9 mal vorgekommen und zwar fielen 4 auf V., 3 auf den VI., 1 auf VII. Monat der Gravidität.

Die Ursache für den abortiven Abgang der Frucht wurde einmal eine Anomalie des foetalen Herzens, einmal Blutung unter die Eihäute, Torsion der Nabelschnur mit faulender Sulze. Einmal wurde wegen acuter parenchym. nephritis der artificielle Abort eingeleitet.

Darüber finde ich folgendes verzeichnet (1899 No. 492).

Maria V. 26 J. VIII. para wurde am 18. 11. 99 in die Frauenklinik aufgenommen. Sie ist eine kleine, blassgelb aussehende Frau mit mässiger Musculatur und mässigem paniculus adiposus.

Sie wird poliklinisch zur Klinik gebracht und mit der Diagnose einer acuten haemorrhagischen Nephritis; zahlreiche Cylinder sollen im Urin gewesen sein. Anasarka und Oedeme haben nach bestimmter Angabe der Frau nie bestanden; eine Veränderung der Urinmenge ist ihr auch

nicht aufgefallen. Ihre Hauptbeschwerden bestehen zur Zeit in starken Kopfschmerzen und häufigem Erbrechen, seit ca. 14 Tagen dauernd. Erbrechen soll gleich nach jedem Essen aufgetreten sein; Flimmern vor den Augen und zeitweise Schwindel. Seit 8 Tagen bemerkt P., dass der Urin sehr rot geworden.

Am 18. XI. nach sorgfältiger Desinfection demonstratio clinica. Einlegen von Jodoformglycerin in den Cervix. Wehen erwachen keine.

Am 20. XI. status idem, cervix nicht durchgängig, Wiederholung der Tamponade; nur sehr wenig Wehen.

Am 21. XI. Cervix kaum für 1 Finger durchgängig, Einlegen von Fehling Colpeurynther, wenig aufgeblasen.

22. XI. Da die Wehen immer noch schlecht sind, wird ein starker, permanenter Zug am Colpeurynther ausgeübt, worauf die Wehen besser werden. — Colpeurynther wird um $11^1/_2$ vormittags ausgestossen. Muttermund 2 Markstück gross, Blase stark vorgewölbt. Cervix verstrichen. $12^1/_2$ Uhr springt die Blase. Fruchtwasser rot. $3^1/_2$ Uhr nachm. Spontane Ausstossung eines foetus sanguinolentus. Placenta folgt spontan.

Am Abend nach der Entbindung steigt die Temperatur auf 38,4°; Puls 122, dabei weich und leicht unterdrückbar; subject. Befinden von der P. nicht schlecht, fühlt sich wohler als vor der Geburt, klagt nur über leichten Kopfschmerz. Leichter blutiger Ausfluss. P. bekommt eine Eisblase auf den Leib, verginale Ausspülungen mit Lysol 2 g. Ergotin. Am andern Tag Temp. 37,7. Kopfschmerz und Schwindel. Uterus gut kontrahiert, Lochien normal, gering. Abends Temperatur 39,2. Kein Befund von Seiten der Genitalien. Urin hat die blutige Beschaffenheit verloren. Kopfschmerzen sind stärker, P. ist unruhig, erbricht das Genossene bald wieder. In der folgenden Nacht wird die Unruhe stärker, P. wirft sich hin und her, bekommt Anfälle von Dyspnoe. Von Frost ist nichts zu bemerken, auch giebt sie selbst zu, nicht zu frieren. Die Menge des Urins betrug am Tage der Geburt 600 gr. bei 11‰ Eiweiss, am 2. Tage 1200 gr. bei 5‰, am 3. Tage 1200 gr. bei 4‰, am 4. Tage ist der

Harn nicht mehr zu entnehmen, da P. alles unter sich gehen lässt. Am 3. Tage morgens ist die Temperatur auf 40° gestiegen. P. reagiert nicht mehr so leicht auf Anrufen und zeigt geringe Apathie. Vorsichtig im Elliotsch Speculum aus dem Uterus angesaugtes Secret ergiebt keine Streptococcen, sehr wenig Staphylococcen, wie denn auch von den Genitalien aus kein Zeichen einer Erkrankung zu sehen ist. Der ophtalmologische Befund ergiebt eine retinitis albuminurica, keine Blutungen, keine Tuberkeln. — Am Abend des 3. Tages T. 40°—150 Puls. Am Morgen des 4. Tages T. 40,4, P. 162. P. fast ganz benommen. Allgemeine starke Hyperaesthesie des ganzen Körpers hat sich ausgebildet. Abdomen seit diesem Morgen druckempfindlich, Dyspnoe ist stark gestiegen, Atem setzt stellenweise aus. P. nimmt nichts mehr, alles läuft wieder zum Munde heraus. Rechte Pupille viel weiter als linke, Sphincterlähmung rechts, Bewegungen des Auges auch nicht mehr gut. Stuhl ganz diarrhoisch, riecht stark. Unter stark zunehmender Dyspnoe † 12½ Uhr in tiefem Coma.

Section: Septicopyaemie, ausgehend von progressiver starker Entzündung im Darm. Frische Endocaraitis, zu der vorher Insussienz und Stenose der Mitralis bestand. Septische Infarkte und Embolien in den Lungen. —

Von den 1012 Kindern kamen 962 lebend zur Welt, 50 tot, zum Teil in maceriertem Zustand.

Die Lagen, in denen sich die 12 Zwillinge zur Geburt eingestellt hatten, waren:

Schädellage bei beiden Kindern 2 mal Schädellage bei I. Beckenendlage bei II. 4 mal Beckenendlage bei I. Schädellage bei II. 1 mal Schädellage bei I. Querlage bei II. 4 mal. Nicht angegeben ist die Lage 1 mal. Im letzteren Falle handelt es sich um eine Frühgeburt im VII. Monat bei einer an chronischer Nephritis leidenden Frau. Beide Kinder waren tot.

Der schwerere Zwilling wurde 10 mal zuerst geboren, 1 mal kam das leichtere Kind zuerst zur Welt. Bei dem oben erwähnten Fall von Zwillingsfrühgeburt bei chronischer Nephritis finde ich kein Gewicht angegeben. Es be-

stätigen also auch diese kleinen Zahlen, wie die in dem Bericht über 1000 Geburten von Hartel angegebenen, die Angabe Nägels, Snellius und Kleinwächters, dass in der Mehrzahl der Fälle der schwerere Zwilling zuerst geboren werde. Von den 24 Zwillingskindern waren in 6 Fällen die Kinder gleichen Geschlechts und zwar 4 mal männlichen, 2 mal weiblichen. 6 mal war das Geschlecht verschieden.

Einige Zwillinge kamen 1 mal zur Beobachtung und zwar waren beide Kinder weiblichen Geschlechts. 21 von den 24 Zwillingskindern kamen lebend zur Welt, einmal waren beide Zwillinge tot. Von den 12 Zwillingsgeburten konnten 7 den Naturkräften überlassen werden.

2 mal musste beim 2. die Wendung; 1 mal beim 1. die Zange, beim 2. die Wendung und Extraction; einmal beim 2. die combinierte Wendung wegen Lösung der Placenta gemacht werden. 11 mal machten die Mütter ein normales Wochenbett durch, bei einer Zwillingswöchnerin war es nicht normal. Hier war der 2. Zwilling ein foetus sanguinolentus; das Fruchtwasser stark foetid; die Mutter litt an Endometritis puerperalis.

Ich finde darüber Folgendes angegeben: (1898, No. 295) Josefine K., 33 J. I. para. Aufgen. am 3. VII. 98. Grosse kräftige Person. Ziemlich erhebliches Oedem der untern Extremitäten. Urin ohne Albumen.

Am 13. VII. liegt ein Kind in I. Sch.-L. Kopf fest im Beckeneingang, augenscheinlich sehr gross. Oberhalb des Nahels keine Herztöne zu hören. Ferner fühlt man links annähernd in Nabelhöhe ein lautes Knittern wie von aneiuander verschobnen Kopfknochen.

Nach spontaner Geburt des 1. Kindes in II. Sch.-L. fühlt sich der Uterus auffallend gross an, ohne dass man auch jetzt mit Sicherheit Kindsteile oder Herztöne constatieren könnte; dabei ergiesst sich aus dem Uterus eine Menge foetiden Fruchtwassers. Plötzlich wird, ohne dass eine Blase gesprungen wäre, ein Fuss in der Vulva sichtbar und es erfolgt die Spontangeburt eines macerierten Knaben in I. gemischter Steisslage. Nach 10 Minuten kommt die ganze Nachgeburt durch leichten Druck. Es zeigt sich,

dass beide Placenten von einander getrennt sind und die des II. Kindes zeigt ausgedehnte fettige und fibröse Degeneration, die Insertion ihrer Nabelschnur ist velamentös.

Vom 2. Tage ab Temperatursteigerung. Am 6. Tage wegen andauernd sehr reichlicher und foetider Lochien Uterus-Ausspülung mit 3% Carbollösung. Sofortiger Abfall der Temperatur; nur noch einmaliger Anstieg auf 39,2°, dann lytischer Abfall. Entlassen am 27. VII.

Von Complicationen der Gravidität resp. der Geburt durch intercurrierende Krankheiten sind zu erwähnen von Lungenkrankheiten 2 Fälle von Pneumonie, 1 Fall von schwerer Bronchitis, 4 Fälle von Phthisis pulmonum und 1 Fall von Pleuritis und Peritonitis chronica.

Bei einer Patientin mit Pneumonie, die aus dem Juliusspital herübergebracht wurde, kam es zu einem Abort im VI. Monat; ausser geringen Temperatursteigerungen, die auch das Wochenbett der phthisischen Wöchnerin kennzeichneten, verlief das Wochenbett normal. Der Fall von schwerer Bronchitis kam bei einer Person mit partus praematurus vor; welcher die Episiotomie notwendig machte. Zugleich mit der Bronchitis gravis bestand ein Pyosalpinx sinister. Ich finde darüber Folgendes:

Therese S., 22 J. l. p. (1900 No. 11), wird am 11. I. 1900 in die Frauenklinik aufgenommen. Sie ist eine mittelgrosse, gut genährte Person, die niemals krank gewesen sein will. Auch die Schwangerschaft verlief normal. Am Uebergang des Kreuzbeins ins Steissbein zeigt sie eine tiefeingezogene Narbe, anscheinend von einer Fistel herrührend. Da bei der Geburt der sehr hohe und ungemein dünne Damm sich stark anspannt und tief zu reissen droht, wird eine rechtsseitige Episiotomie etwa 2 fingerbreit gemacht. Am 5. Tage p. p. hat sie eine Temperatur von 39° am 7. Tage von 39,5° und mit verschiedenen Intermissen hält sich die Temperatur in den nächsten Wochen auf deren Höhe. Die Wunde ist am 6. Tage schmierig belegt, nicht geheilt, klafft mit Hinausnahme der Fäden, gründliche Reinigung mit Alkohol und Aether, Aetzen mit Stift. Fläche secerniert in der Folge sehr stark ein übelriechendes Se-

cret. Wiederholentliches Abspülen, feuchte Carbolverbände. P. leidet an quälendem Husten, auf der ganzen Lunge sind Raschelgeräusche und starkes Giemen hörbar. Morphin, Codein etc. Feuchte Umschläge bessern den Zustand, doch Fieber hält an. Keine Dämpfung auf der Lunge, keine Schmerzhaftigkeit im Abdomen. Ausfluss nicht sehr stark, doch etwas riechend. Ergotin, Scheidenspülen, Eis. Am 9. Tage starken dyspnoischen Anfall, Blaufärbung, Erstickungsangst etc., Puls flatternd. P. erhält eine subcutane Aetherinjection. Bald darauf starke Expectoration. Die Bronchitis lässt unter der betr. Behandlung allmählig nach. Am 11. Tage nochmals ein schwächerer dyspnoischer Anfall, Niemals blutiger Auswurf. Secretabnahme der Incision wegen unmöglich. Ulcus puerperalis reinigt sich allmählich und granuliert zu. P. ist recht schwach, erhält Analeptica Gegen den 12. Tag sehr starke Diarrhoe, Erbrechen, was sich auf Cocain und Opium bessert. Der Augenbefund ist negativ, Milz und Herz normal. Am 17. II. wird P. enlassen. Neben dem Uterus, diesem dicht anliegend ist eine gleichmässig runde, pralle, gut orangegrosse Geschwulst fühlbar. Dieselbe ist beweglich und etwas empfindlich. (Pyosalpinx). Bei der Entlassung ist das Allgemeinbefinden der Patientin gut, nur sehr matt fühlt sie sich noch. Wird wieder hinbestellt. —

Die Wöchnerin mit der chronischen Peritonitis und Pleuritis, (1898 No. 346), welche während der Gravidität 2 mal schmerzhafte Wehen gehabt haben will, macht eine normale Geburt durch. Nur die Nachwehen werden als äusserst schmerzhaft empfunden. Während des Wochenbetts ist am 2. Tage eine Temperatursteigerung auf 39,3°, Puls von 110. Am 3. Tage 38.9, am 4. Tage sinkt die Temperatur auf 38° und ist von da ab normal.

Nephritis kam bei dem vorliegenden Material 4mal zur Beobachtung. Nur einmal erfolgte die Geburt am normalen Ende der Gravidität. Das Kind war reif und lebte. In dem bereits oben erwähnten Falle von acuter parenchymatoser Nephritis musste der artificielle Abort eingeleitet werden, in dem dritten Falle kam es zu einer Zwillingsfrühgeburt im VII. Monat. Beide Zwillinge, Knaben,

waren frühreif und tot. In dem 4. Fall wurde künstliche Frühgeburt eingeleitet. Der erste Fall ist oben genau beschrieben, in den 3 letzten verlief das Wochenbett normal.

Erkrankungen des Herzens kamen 7 mal zur Beobachtung. 2 mal musste die künstliche Frühgeburt dabei eingeleitet werden. Beide mal wurden frühreife, lebende Kinder zur Welt gebracht. In 5 Fällen verlief unter entsprechender Behandlung dass Wochenbett normal; einmal folgte ein Wochenbett mit hohem Fieber, ein Wochenbett endigte letal. Ich finde darüber Folgendes verzeichnet.

Anna H., 27 J., I. para wird am 17. II. 1899 in die Klinik aufgenommen. (1899 No. 256). Sie ist eine sehr kräftige, gut genährte Person mit etwas livider Gesichtsfarbe. Der Vater starb an „Gehirntyphus", Mutter lebt und ist gesund. 4 Geschwister sind als Kinder gestorben, eins mit 8 Jahren an vitium cordis. Patientin selbst ist als Kind gesund gewesen. Mit 14 Jahren fiel sie einmal im Winter ins Wasser bekam dann sehr starke Bleichsucht und bemerkte auch, dass sie an einem Herzfehler litt, starkes Herzklopfen und Schmerzen in der Herzgegend bei geringster Anstrengung. Vor 3 und 4 Jahren hat sie je einmal Pleuritis gehabt. Erste mensis mit 14 Jahren, unregelmässig, einmal $^5/_4$ Jahr lang aussetzend, dysmenorrhoisch. In der Gravidität 2 mal starke Dyspnoe und Herzschmerzen, in der ersten Zeit Erbrechen. Kreissende klagt über Schmerzen in der Herzgegend. Puls klein, sehr frequent, sehr unregelmässig, oft lange aussetzend, oft wieder sehr schnell und hebend. Gesichtsfarbe livid, Unruhe.

Herz: Spitzenstoss in 5 J. c. nach links 2 fingerbreit ausserhalb der Mammillarlinie, nach rechts bis zum Sternum reichend. Sehr starkes systolisches und praesystolisches Schwirren über der ganzen Herzgegend. Starkes systolisches und praesystolisches Geräusch über der Mitralis, auch gut über der Aorta und Pulmonalis zu hören. Der 2. Pulmonalton ist klappend.

Der Kreissenden wird sofort jedes Mitpressen untersagt, eine Eisblase auf die Herzgegend gelegt und nach Kristeller und Ritgen (vom Damm aus) der schon im Durchschneiden befindliche Kopf exprimiert. Nach Auflegen

der Eisblase schnelle Besserung. Puls wird regelmässiger und Schmerzen schwinden. — Gravida hat schon 2 Abende vor der Geburt Fieber gehabt. 38,4° und 38,5°.

Am 18. VI. morgens Temp. 38,4, nachts Frost, Mittags Frost, nachher Temp. 39,2, Abends 40,2° — Puls 112, bekommt Digitalis.

Am 19. VI. 38,5° Temp; Puls 110 Morgens
„ 19. VI. 40,5 „ Puls 120 Abends.
Schüttelfrost m. 12 h.

Nach Digitalis Puls gut; klagt über Schmerzen im Abdomen, Parametrien und Uterus druckempfindlich, geringe Gelenkschmerzen im Fuss und Knie; bekommt Natr. salicyl.

Am 20. VI. Morgens 37,5 Abends 39,2
Morgens Puls 100. Abends Puls 96
} kein Frost.

In der Nacht zum 21. VI. 2 h. ein typischer Anfall von angina pectoris, um 4 Uhr Schüttelfrost, Temp. danach 40,5. Delirien, Schlaf fehlt.

Am Abend des 5. Tages 39,2, am Morgen des 6. Tages 39,1, kein Frost; guter Schlaf, Appetit gut und Gelenkschmerzen verschwunden.

Temperatur fällt zur Norm, um am 9. Tage nach einem Schüttelfrost auf 40,5° zu steigen, dann stetiges Fallen und Wohlbefinden.

Entlassung am 18. Tage. Befinden gut. Insufficienz der Mitralis deutlich, Lungen gesund, Nieren und andre Organe ebenso. Genitalien absolut normal.

1899 (No. 399). Pauline M. 33 J. VII. p. ist eine mittelgrosse, mässig gut genährte Frau mit anaemischen Gesichtszügen. Eltern sind gesund, 2 Geschwister gesund, 9 ganz früh gestorben. Gravida will in der Jugend nicht krank gewesen sein. Seit 2 Jahren ist sie herzleidend, ohne eine Ursache dafür angeben zu können. Auch jetzt hat sie Atembeschwerden. Alle bisherigen Kinder wurden normal geboren; eins starb mit 5 Jahren an Lungenentzündung. Am 19. IX. 1899 wurde sie in die Frauenklinik aufgenommen. Durch künstliche Frühgeburt wurde ein frühreifer lebender Knabe von ihr zur Welt gebracht, der jedoch am 6. Tage nach der Geburt stirbt. Das Herz der Mutter ist andauernd

sehr schwach, sie wird auf Wunsch zur gynaikologischen Station entlassen, wo sie am 25. IX. stirbt. Die Section ergiebt Insuffienz und Stenose der Mitralis.

Eklampsie wurde in 6 Fällen beobachtet und zwar 5 mal bei Erstgebährenden, einmal ist die Schwangerschaft nicht angegeben. In 4 Fällen gingen die mehr oder weniger vereinzelten Anfälle vorüber ohne grössere Störungen des Geburtsverlaufs oder Wochenbettes zu verursachen. In 3 von diesen 4 Fällen, wurden reife, lebende Kinder, in dem 4. Falle ein frühreifes, lebendes Kind geboren. In einem dieser Fälle wurde eine Zange angelegt.

2 Fälle von Eklampsie endigten letal. Darüber finde ich Folgendes angegeben. Der 2. Fall betrifft Frau D., 28 J. (? p.) [1899, 210]. Sie wurde am 16. V. 99 in die Frauenklinik aufgenommen. Am Morgen desselben Tages 5 h wurde sie bewusstlos, an starken Krampfanfällen leidend in ihrer Wohnung aufgefunden. Auf Veranlassung der geburtshilflichen Poliklinik, die consultiert worden war, wurde sie in die Klinik gebracht. Von Bekannten der Frau erfährt man, dass sie in den letzten 3 Wochen an starken Kopfschmerzen gelitten. Daneben soll sie stets starken Urindrang gehabt haben, jedoch immer nur sehr wenig Harn entleert haben. Sie ist ein mittelgrosse Person mit mässig entwickelter Musculatur und Paniculus adipossus. 2½ Stunden nach dem ersten Anfall wird die Frau in die Klinik gebracht, mit grosser typischer Unruhe, erhält 0,15 Morph. mur. subtucan. ¾9 h. weiterer eclampt. Anfall (Dauer etwa 2h). Kreissende beruhigt sich nach Morphium. T = 36,6. P. = 72. Urin wird sofort nach dem Anfall entnommen. Urin enthält sehr viel Eiweiss (nach Essbach16%). Sediment zeigt rote Blutkörperchen, vereinzelte weisse, Nierenepithelien, Epithelcylinder, körnige Cylinder, hyaline Cylinder, Schleim. Gravida wird in nasse Lappen eingewickelt. Ruhe bis 11 h. Dann neuer Anfall. 0,01 Morph. T = 36,9; P. = 72. 11½ h. 4. Anfall, 0,005 Morph. 1 h. Einführen eines Colpenrynthers in den Uterus: 2¾ h Nm. 5. länger dauernder Anfall, nachdem Gravida vorher für kurze Zeit völlig zum Bewusstsein gekommen war. T. =

37,0, P. = 87. 3,^{20} h. 6. Anfall. 0,0035 Morph. Starkes, langdauerndes Trachealrasseln. T = 37,4. P. = 92. Um $^{3}/_{4}$ 5 h. wird der Colpenrynther ausgestossen, die stark gespannte Blase gesprengt. Sofort tritt der vorliegende Steiss tiefer; Extraction am Steiss. Kind lebt einige Minuten, macht Inspirationsbewegungen, stirbt dann aber, $5^{1}/_{2}$ h. erfolgt ein 7. Anfall, starke Cyanose 0,01. Morph. T. 37,5 P. = 88. Trachealrasseln dauert fortwährend an, sichtlicher Verfall, Puls wird klein und weich. Bis $6^{1}/_{2}$ h. erfolgt kein Anfall. T. = 37,7, P. = 96. Bis $8^{1}/_{2}$ h. kein Anfall. T. = 37,9. P. = 96.

9,^{00} h. p. m. 8. Anfall; T = 38,2; P. = 108.

9,^{15} h. p. m. 9. Anfall; T = 38,3; P. = 110;

Es werden aus einer Armvene 500 ccm. Blut abgelassen, subcutan 500 ccm. Kochsalzlösung injiciert. $9^{3}/_{4}$ h. 10. Anfall, Pulscurve kreuzt die Temperaturcurve. T. = 38,4, P. = 136. 10 h erfolgt 11. Anfall; T. = 38,4; P. = 140. Patientin wird 20 M. in ein heisses Bad gebracht. In diesem bekommt sie um 10^{20} einen 12. Anfall. T. = 38,9; P. = 145. $^{3}/_{4}$11 h erfolgt 13. Anfall; T. = 38,9; P. = 145. Bis $12^{1}/_{4}$ h vormittags des 17. V. kein Anfall; T. = 38,4, P. = 154. Es erfolgt von $12^{3}/_{4}$ h ab kein eigentlicher eklamptischer Anfall mehr. Es stellt sich jedoch zeitweise, besonders auf äussere Reize grosse Unruhe ein. P. schlägt um sich, stöhnt. Diese Unruhe unterbricht etwa jede halbe Stunde das tiefe Coma. Tracheales Rasseln hält an. Um 1 h. a. m. bekommt P. Morphium 0,003; $4^{1}/_{2}$ h. Morphium 0,01. Der Puls wird um diese Zeit äusserst klein und weich, so dass der Exitus nahe bevorzustehen scheint. Indessen bessert sich der Puls wieder etwas, die Temperatur wird niedriger; $8^{1}/_{2}$ h. a. M. T. = 37,0; P. gleich 132. Das Coma hält jetzt dauernd an, nur selten Unruhe. Zur Hebung der Herzthätigkeit werden von $8^{1}/_{2}$—11 h a. M. 39 Ol: camph. injiciert. Gegen Mittag wird der Puls trotzdem immer schlechter um 5^{10} p. m. erfolgt der exitus letalis in tiefem Coma.

Die Section ergab: Nephritis pareuchymatosa; Anaemia renum, hepatis, lienis. Hyperaemia venosa venarum om-

nium; Haemorrhagia subduralis praec. dextra. Anaemia cerebri: Oedema.

Haemorrhagia hepatis, renum, intestini, pericardii, myocardii, meningum. Pleuritis fibrinosa sinistra, Pneumonia ibidem.

Der erste letale Fall von Eklampsie betrifft Katharina R., 26 J. I. p. [1. Fall.] Sie wird am 8. VI. 1898 in die Klinik aufgenommen. (1898 No. 475). Ihr Vater starb an einem Lungenleiden, Mutter gesund, ebenso 6 Geschwister. Gravida leidet seit einigen Jahren an fluor albus, ein Arzt riet als Abhilfe Gravidität an. I. menses mit 15 Jahren, regelmässig. Keine chlorose. Schwangerschaft war durch Erbrechen im Anfang gestört. Vermindertes Urinlassen zum ersten Mal vor 2 Jahren bemerkt, in den letzten Monaten der Gravidät verschlimmert. Beine seit 3 Wochen oedematös. Gravida ist eine grosse, kräftige Person. Sie hat Oedeme der Bauchdecken und der unteren Extremität. Sie erhält Coffein, Wildunger, Milch. Urin ist spärlich, enthält sehr viel Eiweiss, gekörnte und verfettete Cylinder, wenige rote Blutzellen. Die Geburt verläuft normal am 10. XI. um $10^1/_2$ h. Vm. Es wird ein frühreifes, lebendes Mädchen geboren. Nach der Geburt ist der Zustand zunächst ganz normal. Um 1^{10} Nm. 1. eclampt. Anfall nicht sehr schwer. T. = 36,6.

Warmes Bad 20 Min. lang, feuchte Einwicklung. 2 Spritzen Morphium. Bewusstsein kehrt dann vollständig wieder, die Frau trinkt etwa $^1/_4$ l warme Milch ohne Verschlucken.

Um 2^{10} N. M. 2. Anfall, Dauer 1 Min. erhebliche Cyanose. T. 37,0, P. = 104. 1 Spritze Morph. Bewusstsein kehrt nicht wieder. Um 4^{45} N. M. 3. Anfall. Mittelschwer T. 37,7; P. = 120. 1 Spr. Morph. Bewusstsein andauernd abwesend, keine Cyanose. Um 6^{00} N. M. wegen andauernder Bewusstlosigkeit erneute feuchte Einwickelung. 1 Spr. Morph. Entleerung von ca. 120 ccm. Urin mit Katheder. Im Verlaufe des Abends und durch die ganze Nacht Bewusstlosigkeit; Pupillen eng, reactionslos. Cornealreflex erloschen; äusserst reichliche Schleimsecretion und mögilchste Entfernung derselben. T. 38,6.

Um 8 h. Vm. T. = 42,1°; P. = 160.

Seit 1/4 Stunde beginnende Cyanose, Atmung tief, regelmässig: lautes Rasseln von Trachealschleim herrührend, Bewusstlosigkeit, Cornealreflex schwach.

Um 10 h. Vm. venaesectio der linken v. mediana: Vene auffallend klein, Blut nur spärlich entleert. Daher venaesectio der rechten v. mediana, aus der sich kaum etwas Blut entleert: Sulziges Oedem der Gewebe. Im Ganzen werden 300 ccm. Blut abgezapft. Puls wird ganz unregelmässig. Cyanose nimmt zu. Um 10,50 Vm. tritt der Tod ein.

Die Section ergiebt:

Nephritis parenchymatosa acuta; Oedema piae matris; Leptomeningitis chronica; Emmollitis gangliorum cerebri; Hyperaemia Hemisphaerae sinistrae; Haemorrhagia recens in ponte: Uterus post partum; Oedema pulmonum.

Gleich hier will ich auch den einen Fall erwähnen, wo die Gravida unentbunden starb und zwar durch Apoplexie.

Kunigunde E. 39 J. (? p.) wird am 20. X. 1899 in die Frauenklinik aufgenommen (1899 No. 422a). Beide Eltern sind tot. Ursache nicht bekannt, eine Schwester an Phthise †; 4 Geschwister leben und sind gesund. Gravida selbst will keine Kinderkrankheiten durchgemacht haben. Mit 18 Jahren ist sie im Juliushospital wegen Nervosität behandelt worden. Stets sehr nervös gewesen, für nicht immer zurechnungsfähig gehalten. Vor 2 Jahren will sie 4 Wochen am Typhus abdominalis gelitten haben; zur selben Zeit ist sie in der hiesigen Klinik wegen Menorrhagien behandelt. Vor dieser Zeit hat sie die Periode, die sie mit 16 Jahren zum ersten Male gehabt hat, alle 14 Tage gehabt; nachher regelmässig. I. partus normal. II. gut vor 6 Jahren. III. vor 4 Jahr. IV. gut vor 2 Jahren.

P. ist eine mässig genährte Person mit wenig Musculatur. Da sie keine Wehen hat, wird ihr erlaubt, einmal nach Hause zu gehen, mit der Weisung, sofort wiederzukommen, wenn Wehen eintreten. Diese treten am selben Tage Abends 6 Uhr ein; gegen 10 Uhr wird ihr plötzlich übel. Sie schlägt hin und schürft sich dabei an verschiedenen Stellen die Haut ab. Ihr hinzugekommener Mann

bringt sie, nachdem sie sich ein wenig erholt hat. im Wagen zur Klinik und zwar 11½ h. Hier versucht sie, die Treppe hinauf zu gehen, bricht aber bald zusammen und wird ohnmächtig und mit röchelndem Atem ins Kreiszimmer gebracht; sofortiges Rufen des Arztes; Dauer davon bis Erscheinen im Kreiszimmer 3 Minuten; Frau liegt pulslos und ohne Atem da. Keine Herztöne mehr zu hören. † Sofortige Auscultation des Kindes; keine Herztöne; längere Beobachtung auf Bewegungen; nichts zu fühlen. Mit Rücksicht auf die Verzweiflung des Gatten, die nicht beobachteten Anfälle, das Nichtvorhandensein einer Lebensäusserung seitens des Kindes, wird von einer Entbindung Abstand genommen. Im Harn wenig Eiweiss. Die Section ergiebt ganz geringe Apoplexie. Post mortem Verstreichen des Muttermundes, der bei der nach dem Tode sofort vorgenommenen inneren Untersuchung nicht einmal 5 M-Stück gross war.

Neubildungen an den schwangern Geschlechtsorganen wurden in 4 Fällen beobachtet und zwar handelte es sich 3 mal um Myomata uteri, einmal um ein Kystoma ovarii bei einer 38 jährigen I. para. Einmal wurde wegen der Myomata uteri bei einer I. para, deren Alter nicht angegeben, die Porro-Operation gemacht. Es wurde ein lebendes Mädchen erzielt, das Wochenbett verlief normal.

In den beiden andern Fällen von Uterusmyomen handelte es sich um eine 47 jährige I. para und um eine 39 jähr. I. para. Bei beiden verlief Geburt und Wochenbett normal.

Beginnende Tympani des uterus kam im vorliegenden Falle 2 mal zur Beobachtung und zwar im ersten Falle bei einer 30jähr. IV. p., wo durch Extraction ein toter Knabe geboren wurde und bei einer 21 jähr. I. p., wo vermittelst der Zange und Episiotomie ein lebendes Mädchen zur Welt kam. —

Tympania Uteri selbst wurde einmal beobachtet. Ich finde darüber Folgendes: Rosina G. 24 Jahre III. p. wird am 30. I. 1899 (1899 No. 44) in die Frauenklinik aufgenommen. Ihre Mutter starb an Phthisis, Vater leidet seit 20 Jahren an Lungenerweiterung. 2 Geschwister sind gesund, eins

kam tot zur Welt. Gravida will nie krank gewesen sein. I. Periode mit 13 Jahren. Menses waren fast immer unregelmässig, indem sie oft 6—8 Wochen aussetzten.

I. Geburt spontan, Kind starb mit 7 Mon. am Phraisch II. Geburt ebenfalls spontan, Kind ist $2^1/_2$ Jahr alt und gesund. Schwangerschaft normal; seit gestern keine Bewegungen mehr gefühlt.

P. ist eine mittelgrosse Person, mit mässig entwickelter Musculatur und Knochenbau und allgemein verengtem Becken. Am 30. I. ist der Kopf mit tiefstehender kleiner Fontanelle tief im Becken. Vor ihm ein grösseres Convolut pulsloser bereits veränderter Nabelschnur, die auch einen wahren Knoten zeigt. Kopf wird spontan geboren, Schultern folgen absolut nicht. Da bei dem starken Zuge der Kopf abzureissen beginnt, so wird mit dem Steisshaken in die vordere Achselhöhle eingegangen, so der vordere Arm heruntergeholt, sodann der hintere, Rumpf folgt spontan. Hinter dem Kinde entleeren sich Gasblasen. Kind ist ein reifer toter Knabe. Uterusausspülung mit 5 Liter Lysol. Es war über dem ganzen Uterus exquisit tympanitischer Schall konstatiert, auch entleeren sich nach der Geburt des Kindes reichlich Gasblasen. Die Obduction des Kindes ergiebt an den Knochen nichts. Gewicht der Milz 27,0, der Leber 150,0 gr., sie erscheint durchsetzt mit miliaren gummata. Wöchnerin hat foetide Lochien und am 5. Tage p. p. eine Temperatur von 38,8° mit 100 P. Am 6. Tage sinkt T. auf 38,2°, um vom 8. Tage normal zu sein. P. wird am 9. II. entlassen.

Ein Fall von septischer Infection ist bereits oben unter artificiellem Abort genau beschrieben worden.

Die lues in ihrer Beziehung zur Gravidität, Geburtsverlauf und Wochenbett finde ich als sicher 2 mal angegeben. In dem ersten Fall handelt es sich um eine 21 jähr. para mit lues im II. und III. Stadium, die am normalen Ende der Schwangerschaft ein reifes, lebendes Mädchen zur Welt bringt. Während des Wochenbettes foetide Lochien, doch übersteigt die Temperatur nicht 38,2°. In dem 2. Fall handelt es sich um eine 24 jähr. I. p. (1898 No.

236), die von gesunden Eltern stammt und angeblich ausser Chlorose nie krank gewesen sein will. I. Periode mit 16 Jahren, regelmässig, schmerzhaft. Schwangerschaft ohne Beschwerden. Sie ist eine kleine, etwas blasse Person mit keinem Anzeichen von lues.

Am 28. V. wird sie in die Frauenklinik aufgenommen. Es kommt zu einer Frühgeburt im VIII. Monat, bei der sie einen frühreifen lebenden Knaben zur Welt bringt. Kind zeigt an planta pedis und palma manus pemphigus und stirbt nach 2½ Stunden. Die Section ergiebt lues congenita. Wochenbett verläuft in den ersten Tagen normal. 5.—7. Tag mässig foetide Lochien. Scheidenausspülungen. 19. Tag Aufstehen. Wöchnerin wird lediglich aus humanitären Gründen noch behalten. 12. Tag klagen über Leibschmerzen. Genitalbefund morgens ganz normal, kein Ausfluss. Daher Tinctura opii spl. Priessnitz. Am Abend plötzlich reichlicher eitriger Ausfluss. T. 39,6, P. 136.

13. Tag rein blutiger, reichlicher Ausfluss: Ergotin, heisse Scheidenausspülung. Temp. normal. Sodann bis zum 20. Tage andauernd blutiger Ausfluss. Entlassen am 23. Tage. Allgemeinbefinden gut, Aussehen etwas blass. Genitalbefund normal, Genitalien gut zurückgebildet. Uterus klein, anteflektiert. Parametrien frei. Es ist dies zugleich ein Fall von Spätinfection im Wochenbett.

Uterus arcuatus kam bei dem vorliegenden Material 2mal zur Beobachtung. Das erste Mal bei einer 24 jähr. I. p. mit chronischer Nephritis, die ein reifes lebendes Mädchen zur Welt brachte und ein normales Wochenbett durchmachte.

Das 2. Mal bei einer 36 jähr. I. p. mit platt. rhach. Becken. Vermittels der Wendung und Extraction wird hier ein reifer, lebender Knabe geboren. Das Wochenbett verläuft auch hier normal.

Ein Placentarpolyp kam bei einer 32 jähr. II. p. mit Placenta biloba zur Beobachtung. (1899 No. 294). P. brachte einen reifen, lebenden Knaben zur Welt. Am 10. Tage des Wochenbettes wurde der Polyp manuell entfernt. Wochen-

bett, das anfangs durch blutigen Ausfluss ausgezeichnet war, von da ab völlig normal.

Herniae inguinales kamen 2 mal vor. Das erste Mal bei einer 31 jähr. para eine doppelte äussere Leistenhernie, nach deren Reposition ebenso wie bei der 2. Patientin, wo es sich um eine 19 jähr. I. p. mit rechtsseitiger Inguinalhernie handelte, das Wochenbett normal verlief.

Hydramnion kam unter den vorliegenden Fällen 3 mal zur Beobachtung. Das erste Mal handelt es sich um eine 41 jähr. VI. p. mit zweieiigen lebenden Zwillingen. Ausser einer Trombophebitis geringen Grades verlief das Wochenbett normal.

Der 2. Fall betraf eine 32 jähr. VI. p. Geburt und Wochenbett verliefen normal, der 3. Fall kam bei einer 42 jähr. VIII. p. vor. Nachdem hier bei der Geburt ein vorgefallener Arm reponiert war, verlief Geburt und Wochenbett normal.

Kolpitis granulosa kam 2 mal vor. Das erste Mal bei einer 28 jähr. I. p., das 2. Mal bei einer 25 jähr. II. p. Beide Mal verliefen Geburt und Wochenbett normal.

Gonorrhoe der Mutter wurde 4 mal beobachtet, es waren hier Gonococcen im Cervixsecret gefunden worden. 2 mal war die Gonorrhoe mit spitzen Condylomen combiniert. Der erste Fall bei einer 21 jähr. II. p. zeigte im Wochenbett foetide Lochien, sonst waren Geburt und Wochenbettverlauf bei den 3 andern, einer 25 jähr. II. p., einer 26 jähr. I. p. und einer 24 jähr. II. p. normal.

Cysten der Placenta wurde einmal bei einer 32 j. IV. p. beobachtet. P. brachte einen reifen lebenden Knaben unter Dammschutz zur Welt. Placenta folgte unter Credé. An der Placenta 6 haselnussgrosse Cysten. Ohne jede nachweisbare Ursache am 6. Tage des Wochenbetts einmalige Steigerung auf 39,3. (1900, No. 25).

Ruptur der Symphyse kam bei dem vorstehenden Material einmal zur Beobachtung. Ich finde darüber Folgendes verzeichnet:

Katharina H. 33 jähr. VI. p. wurde am 24. XI. 1898 in die Frauenklinik aufgenommen. (1898, No. 497).

Vater unbekannt, Mutter gesund, ein Bruder starb an Phthise. Gravida machte mit 13 Jahren Rheumatismus durch, sonst gesund gewesen.

I. Periode mit 20 Jahren unregelm., schmerzh., I. partus normal. II. und III. Querlagen, IV. Querlage, Wendung in Steisslage und Extraction, V. Querlage. Extraction und Perforation des nachfolgenden Kopfes.

P. ist eine kleine, gesund aussehende Frau. Verkrümmung beider Oberschenkel, rhachitisch plattes Becken, hinter der Symphyse kleine Exostose; im 9.—10. Monat gravid. In Anbetracht der starken Entwicklung der früheren Kinder, des stets unglücklichen Ausganges, ferner der guten Entwicklung des jetzigen Kindes wird trotz geringer Beckenverengerung die Einleitung der Geburt beschlossen.

Ausspülen der Scheide und des cervix mit 5 Liter Lysol.

1 h. Nm. Demonstratio clinica. In Narcose Einführen von 2 Glycerin-Jodoformgazestreifen in den Cervicalcanal. Jodoformgaze in die Scheide. Im Laufe des Nachmittags Kreuzschmerzen. Nachts leise Wehen, die gegen Morgen etwas kräftiger werden.

Am 25. 8 h. Vm. äusserer Muttermund 2 Markstück gross, Cervicalkanal verkürzt, innerer Muttermund gut erweitert.

12 h. M. Einlegen eines Braun'schen Colpeurynthers oberhalb des innern Muttermundes.

26. VI. Seit 4 h. Vm. kräftige Wehen.

8 h. Vm. Muttermund 5 Markstück gross. Colpeurynther wird etwas nachgefüllt.

11 h. Narcose, demonstr. clinica, colpeurynther in die Scheide geboren, Muttermund handtellergross, dehnbar. Blasensprengen, Einleiten des Kopfes, Fixation desselben mit Tüchern.

4 h. Nm. Da die Wehen nachgelassen haben, der Kopf immer noch beweglich ist, so wird zur Anregung der Wehen ein Colpeurynther in die Scheide gelegt.

27. XI. 3 h. Vm. 38,8°. Kindliche Herztöne 150, aller-

dings ganz regelmässig. Colpeurynther entfernt, Lysolscheidenausspülung. 8 h. Vm. T. 37°.

11 h. Vm. Narcose, äussere Wendung in der 1. Beckenlage. Durchziehen eines Braun'schen Colpeurynthers. Eingehen mit der rechten Hand, Herunterholen des linken Fusses. Extraction bis zum Kopf ohne Besonderheiten; dieser tritt bei starkem Zug und Druck von oben mit plötzlichen Ruck ins Becken. Kind zeigt Impression am rechten Scheitelbein, reagiert, stirbt aber trotz aller Belebungsversuche ab.

Am 1. Tage Wochenbett normal.

Am 2. Tage umschriebene erhebliche Schmerzhaftigkeit der untern Hälfte der Symphyse, an der man auch eine Diastase zu fühlen glaubt. Für die hohe Temperatursteigerung (41,5°) ist jedoch ein Grund nicht aufzufinden. Genetalien normal, Lungen nicht zu untersuchen, kein Husten, kein Auswurf. Eisbeutel, Fixieren der Symphyse.

I. XII. Kritischer Abfall der Temperatur unter starkem Schweiss. Kein Sputa geliefert. Schmerzhaftigkeit der Symphyse besteht fort. Genitalien normal. Abnahme der Beschwerden in den nächsten Tagen, subjectives Befinden tadellos.

6. XII. Plötzliches Oedem der ganzen linken unteren Extremität, besonders am Unterschenkel und Fuss (Hochlagerung, Priessnitz). Symphyse nicht mehr schmerzhaft, auch bei starkem Drucke nicht. Oedem beschränkt sich bald auf den Unterschenkel. Wegen grosser Schmerzen wird am

11. XII. Priessnitz entfernt. Es zeigt sich dann der Unterschenkel von normalem Volumen. Der Fuss ist stark cyanotisch, seine Temperatur vermindert; am

13. XII. eine deutliche Demarcationslinie in der Gegend der Malleolen; erneute Hochlagerung und Priessnitz. Am

14. XII. Temperatur wieder erhöht (39,50°), starke Schmerzhaftigkeit, besonders an der innern Seite des Fusses. Befund unverändert, keine Fluctuation.

Am 15. XII. Demarcationslinie ist nicht peripher gerückt und befindet sich in der Gegend des Metatarso-

Tarsalgelenks. Die Zehen sind blau, gefühllos kalt. Von chirurgischer Seite ordiniert: Starke Hochlagerung, elastische Einwicklung und Compression. — Keine Fluct.

19. XII. Circulation hat sich in befriedigender Weise wieder hergestellt. An einem Knöchel geringes Oedem. Nagel der I. u. II. Zehe durch mit Eiter gefüllte Blasen abgehoben. Es wird daher auf Anraten von Herrn Geh. Rat Schönborn die Patientin am 20. XII. ins Juliusspital transportiert. Dort zunächst normale Temperaturen. Am 29. XII. Anstieg der Temperatur: Demarcationslinie geht deutlich an der ursprünglichen Stelle, oberhalb der Knöchel. Feuchte Gangrän des Fusses, daher Amputation im obern Drittel des Unterschenkels. Es zeigt sich eine Embolie der tibialis postica, indem auch an der Amputationsstelle ein etwas centralwärts sich erstreckender Embolus herausgezogen wird, der peripherwärts immer dicker wird. Venen sind absolut intact. Die Ursache dieser Thrombose ist nicht zu eruieren, Herz ganz normal. Es erklärt sich so die negative Wirkung der gegen die Circulationsstörungen angewendeten Therapie.

Die Symphyse ist ganz consolidiert, bei innerer Untersuchung kein Callus zu fühlen, vielmehr die ganze Symphyse glatt, absolut keine Druckschmerzhaftigkeit, Bewegungen der Beine ohne Schmerzen; Uterus klein, gut zurückgebildet. —

Bubones inguinales kamen einmal bei einer 24jähr. III. p. p. zur Beobachtung. Die Geburt verlief normal. Es wurde ein frühreifer lebender Knabe geboren, doch das Wochenbett wurde durch das oben genannte Leiden fieberhaft beeinflusst. Am 2ten Tage des Wochenbetts 39,20, am 3. Tage 40,20, am 4. Tage 38,8° und dann allmählich Abfall zur Norm. (1898 No. 523).

Vorliegen der Nabelschnur wurde 8 mal beobachtet.

Bei einer 38 jähr. VIII. p., einer 34 jähr. VII. p. und 24 jähr. I. para finde ich keine Beckenanomalien angegeben. Es wurde in allen 3 Fällen die Wendung und Extraction gemacht und in allen drei Fällen lebende Kinder erzielt und

normales Wochenbett. Bei einer 34 jähr. VIII. p. wurde die äussere Wendung in Beckenendlage gemacht, sodann wegen Geburtsstillstandes die Extraction. Geboren wurde ein lebendes Mädchen mit Clavicularfractur. Wochenbett normal.

In 3 Fällen hatten die Frauen plattrhachitische Becken. Es handelt sich

1) um eine 24 jähr. para, bei der nach Reposition der Nabelschnur eine Spontangeburt erfolgte. Geboren wurde ein lebendes Mädchen, Wochenbett normal.

2) um eine 26 jähr. II. p.. bei der die pulslose Nabelschnur vorlag. Auch hier erfolgte Spontangeburt. Geboren wurde ein toter Knabe. Wochenbett verlief normal.

3) 25 jähr. II. para, mit Vorliegen der pulslosen Nabelschnur. Stirnlage. Es wird die Perforation und Kraniokklasie gemacht. Geboren wurde ein toter Knabe. Wochenbett normal.

Der letzte Fall betrifft eine 24 jähr. III. p. mit allgemein verengtem Becken. Kind ist ein foetus sanguinolentus syphiliticus. Es ist zugleich der Fall von Tympania uteri, der oben genau beschrieben ist.

Durch Vorfall der Nabelschnur waren 10 Geburten compliciert.

In 6 Fällen wurde hierbei die Wendung mit darrauf folgender Extraction gemacht und zwar:

1) Bei einer 38 jähr. V. para mit plattem Becken. Geboren ein lebendes Mädchen. Wochenbett normal.

2) Bei einer 32 jähr. IV. p. Geboren ein leb. Knabe. Wochenbett normal.

3) Bei einer 21 jähr. I. p. Dammriss 2. Grades. Geb. ein lebendes Mädchen. Wochenbett normal.

4) Bei einer 35 jähr. IX. p. Geb. ein leb. Mädchen Fieber e causa ignota.

5) Bei einer 34 jähr. VII. para. Geb. ein leb. Knabe. Wochenbett normal.

6) Bei einer 24 jähr. III. Querlage. Geb. toter Knabe. Wochenbett normal.

Die übrigen Fälle betreffen

1) 26 jähr. IV. p. bei der combinierte Wendung ge-

macht wurde, dabei Cervixriss und Naht. Geboren wurde ein lebendes Mädchen. Im Wochenbett foetide Lochien.

2) 21 jähr. I. p. mit plattem Becken. Vorfall bei Fusslage. Extraction eines toten Knaben. Wochenbett normal.

3) 38 jähr. VI. p. Mit der Zange ein lebender Knabe geboren. Mutter mastitis incipiens.

4) 22 jähr. I. p. mit einfach plattem Becken. Kind tot. Perforation—Kranioklasie. Wochenbett normal.

Wahre Knoten der Nabelschnur wird 7 mal beobachtet worden und zwar

1) 29 jähr. II. p. Geb. leb. Knabe. Wochenbett norm.

2) 18 jähr. I. p. Geb. leb. Knabe. Wochenbett normal.

3) 24 jähr. III. p. Geb. ÷ Knabe. Wochenbett: foetide Lochien.

4) 38 jähr. II. p. Geb. leb. Knabe. Wochenb. Mastitis incipiens.

5) 21 jähr. II. p. Geb. ein leb. Mädch. Im Wochenb. Einmalige Steigerung auf 39,2° e causa ignota.

6) 27 jähr. I. p. Geb. leb. Mädchen, Wochenb. norm.

7) 18 jähr. I. p. Geb. leb. Knabe, Wochenb. norm.

Placenta praevia kam unter den 1000 Geburten 13 mal zur Beobachtung, darunter 2 mal placenta praevia totalis, 6 mal placenta praevia marginalis, 4 mal placenta praevia partialis und 1 mal placenta praevia lateralis.

Die beiden Fälle von placenta praevia totalis betreffen

1) 35 jähr. IX. p. Braston-Hiks Wendung mit Durchbohrung der Placenta. Spontangeburt eines toten Knaben. Wochenbett normal.

2) 42 jähr. XI. p. Braston-Hiks Wendung. Geburt eines toten Knaben. Wochenbett normal.

Die 6 Fälle von placenta praevia marginalis betreffen

1) 29 jähr. I. p. Spontangeburt eines lebend. Knaben. Wochenbett normal.

2) 24 jähr. II. p. Frühgeburt eines toten Knaben im 8. Monat. Wochenbett normal.

3) 19 jähr. I. p. Vorderhauptlage. Geburt eines leb. Knaben. Starke Nachblutung. Wochenbett normal.

4) 30 jähr. III. p. II. vollkommene Fusslage. Herab-

holen der Füsse und Extraction eines lebenden Mädchens. Wochenbett normal.

5) 26 jähr. II. p., Geburt eines leb. Knaben. Wochenbett normal.

6) 34 jähr. XIII. p. Blasensprung, Impression. Spontangeburt eines leb. Knaben. Wochenbett normal.

Die 4 Fälle von placenta praevia partialis betreffen:

1) 37 jähr. IX. p. Tamponade, colpeuryse. Perforation und Kranioklasie eines tot. Mädch. Steigerung am 1. Tage.

2) 35 jähr. IX. p. Zugleich Vorfall der Nabelschnur und Extremitäten.

Wendung und Extraction eines lebend. Mädchens. Im Wochenbett Fieber e causa ignota. Genitalien normal.

3) 38 jähr. XI. p. Blasensprung, Geburt eines lebend. Mädchen, starke Nachblutung, forcierter Credé. Wochenbett normal.

4) 32 jähr. II. p. Blasensprung, Geburt eines lebend. Knaben. Wochenbett normal.

Endlich noch ein Fall von placenta praevia lateralis bei einer

32 jähr. IV. p., wo wegen Wehenschwäche mittels der Zange ein totes Kind geboren wurde. Wochenbett norm.

Die weitaus häufigste und für die practische Geburtshilfe wichtigste Complication der Geburt ist eine Anomalie des Beckens. Nach Schröder (Lehrb. der Geburtshilfe, XII. Aufl. pag. 589) teilt man die Beckenverengerungen ein im 3. Grade:

1) Das absolut zu enge Becken, welches die Geburt eines reifen, lebenden Kindes per vias naturales unter keinen Umständen gestattet. Hierher gehören alle Becken, deren kürzester Durchmesser nicht über $6^1/_2$ cm. beträgt.

2) Das enge Becken, das zwar unter günstigen Umständen die Geburt des lebenden Kindes gestattet, bei dem aber eine Erschwerung der Geburt wahrscheinlich ist und welches stets die Gefahr eines ungünstigen Ausganges für Mutter und Kind involviert. Die untere Grenze dieser Art von engem Becken beträgt $6^1/_2$ cm., die obere Grenze be-

trägt bei den platten nur in der conjugata verengten Becken bis 9 cm; bei den allgemein verengten Becken $9^1/_2$ cm.

3) Beckenverengerungen, die über 9 resp. $9^1/_2$ cm. liegen und die kein mechanisches Hindernis mehr bieten, sondern ihren Einfluss nur in einer von der Norm abweichenden Stellung des Kopfes geltend machen. Diese Becken gehen unmerklich in die normalen über.

Was nun zunächst das einfach platte Becken betrifft, so kamen nach den Jahrgängen geordnet folgende Fälle zur Beobachtung.

1898: 1) 24 jähr. I. p. I. Schädellage. c. d. $10^1/_2$. Geburt spontan. Kind reif. lebt.

2) 24 jähr. I. p. I. Schädellage c. d. $10^3/_4$. Kind reif, lebt.

3) 32 jähr. III. p. II. Gesichtslage c. d. 10. Spontangeburt Kind reif, lebt.

4) 31 jähr. III. p. II. Schädellage c. d. $10^1/_2$ Wendung und Extraction, Kind reif, lebt.

5) 30 jähr. IV. p. I. Schädellage. Spontangeburt Kind reif, lebt.

6) 38 jähr. V. p. I. Schädellage. Vorliegen der Nabelschnur. Versio und Extractio. Kind reif, lebt.

7) 28 jähr. III. p., I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

1899: 1) 28 jähr. II. p. II. Schädellage. Perforation und Kranioklasie des † Kindes.

2) 21 jähr. I. p. II. vollkommene Fusslage. Vorlall der Nabelschnur. Extraction. Kind reif und lebt.

3) 32 jähr. I. p. II. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

4) 43 jähr. VII. p. I. Schädellage. Wendung. Extraction. Kind reif, lebt.

5) 21 jähr. III. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

6) 31 jähr. IV. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

1899: 7) 24 jähr. I. p. (Lage?). Spontangeburt. Kind reif, lebt.

8) 27 jähr. II. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

9) 28 jähr. II. p. II. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

1900: 29 jähr. II. p. I. Schädellage. c. d. 10. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

2) 25 jähr. I. p. I. Stirnlage in partu l. Gesichtslage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

3) 32 jähr. IV. p. I. Querlage. Wendung auf Kopf. Kind reif, lebt.

4) 22 jähr. I. p. I. Schädellage. Vorfall der Nabelschnur. Kind †. Perforation u. Kranioklasie.

Platte rhachitische Becken:

1898: 1) 27 jähr. IV. p. I. Schädellage c. d. 11½. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

2) 32 jähr. V. p. II. Schädellage. c. d. 10½ bis 11. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

3) 24 jähr. I. p. II. Schädellage. c. d. 10. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

4) 30 jähr. IV. p. II. Steisslage. c. d. 10½ beginnende Tympanie, Fieber, totes Kind, Extraction.

5) 21 jähr. I. p. Schädellage c. d. 8½. Beginnende Tympanie, Asphyxie des Kindes, Forceps, Episiotomie. Kind reif, lebt.

6) 24 jähr. I. p. I. Querlage. c. d. 11. Aeussere Wendung. Spontangeburt. Kind frühreif, lebt.

7) 24 jähr. I. p. I. Gesichtslage. Vorliegen der Nabelschnur, Reposition, Spontangeburt. Kind reif, lebt.

8) 18 jähr. I. p. II. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt. Steigerung der Temp. im Wochenbett e causa ignota.

9) 35 jähr. I. p. II. Schulterlage eingekeilt. Decapitation, Exenteration. Kind frühreif, tot.

10) 29 jähr. II. p. II. Schädellage. Vorliegen der

Nabelschnur. Reposition. Hinterscheitelbeineinstellung. Spontangeburt. Kind frühreif, lebt.

11) 29 jähr. I. p. eineiige Zwillinge in I. Vorderh.-Lage u. I. Schädellage. Spontangeburt. Kinder reif und lebend.

12) 42 jähr. IV. p. I. Schädellage. Hinterscheitelbeineinstellung. versio extractio. Kind reif. lebt.

13) 21 jähr. I. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind frühreif, tot.

14) 24 jähr. III. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt. Im Wochenbett Fieber wegen bubones inguinales.

15) 21 jährl. I. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

16) 21 jähr. I. p. II. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

1899: 1) 22 jähr. I. p. II. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

2) 28 jähr. II. p. II. Schädellage. Spontangeb. Kind reif und lebt.

3) 30 jähr. VI. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

4) 30 jähr. VI. p. I. unvollkommene Fusslage. Sectio Caesarea conservativa. Kind reif, lebt.

5) 30 jähr. II. p. II. Schädellage. Spontangeburt Kind reif, lebt.

6) 26 jähr. II. p. II. Schädellage. Vorliegen der pulslosen Nabelschnur. Kind reif, tot.

7) 23 jähr. I. p. II. Schädellage. P. kreisst 24 Stunden, zeitweise Wehenschwäche. Temp. am Tage der Geburt bis 40°, Puls 140. Kind frühreif, lebend.

8) 25 jähr. II. p. I. Schädellage, künstliche Frühgeburt, innere Wendung auf Fuss, Extraction. Kind frühreif, nach ¼ Stunde †.

9) 27 jähr. II. p. I. Schädellage. Spontangeburt Kind reif, lebt.

10) 29 jähr. II. p. I. Schädellage. Perforation und Kranioklasie des toten Kindes.

1899: 11) 34 jähr. II. p. II. Schädellage c. d. $8^3/_4$ — 9. Kind reif lebt.

13) 28 jähr. III. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif. lebt.

14) 33 jähr. III. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

15) 28 jähr. III. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif lebt.

16) 25 jähr. II. p. I. Schädellage. Vorliegen der pulslosen Nabelschnur, Stirnlage, Perforation, Kranioklasie.

17) 22 jähr. I. p. Schädellage. Querlage, Selbstwendung, Hinterscheitelbeineinstell. Wehenschwäche, hoher Forceps, Episiotomie, Kind reif lebt. 2 mal Steigerung auf 38° u. 38,3° ohne Befund.

18) 28 jähr. II. p. I. Schädellage, Spontangeburt. Kind reif, lebt.

19) 30 jähr. III. p. I. vollkommene Fusslage, Extraction. Kind reif, lebt. 1 malige Steigerung auf 38,7°, gespannte Brust.

20) 31 jähr. III. p. I. reine Steisslage c. d. $10^1/_4$ Extraction, Kind reif, lebt.

21) 30 jähr. VI. p. II. Schädellage. Mässiges Hydramnion, Wendung, Extraction. Kind reif, lebt.

22) 34 jähr. 1. p. I. Querlage. Uterus arcuatus. Colpeuryse, versio u. Extraction. Kind reif, lebt.

23) 32 jähr. III. p. II. Schädellage. c. d. $9^3/_4$ Wendung, Extraction. Kind reif, lebt.

1900: 1) 36 jähr. II. p. II. Schädellage, partus arte praematurus. Kind frühreif, lebt.

2) 36 jähr. II. p. I. Querlage. Aeussere Wendung, Spontangeburt in II. Schädellage. Kind reif, lebt.

Das allgemein verengte Becken.

1898: 1) 37 jähr. I. p. I. Schädellage. c. d. $10^1/_2$. Forceps im Beckenausgang. Episiotomie, Kind reif, †.

1898: 2) 19 jähr. I. p. I. Schädellage, Spontangeburt, Kind reif, tot.
3) 27 jähr. II. p. II. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.
4) 28 jähr. II. p. I. Schädellage. Spontangeburt, Kind frühreif, lebt.

1899: 1) 24 jähr. III. p. II. Schädellage. Vorliegen der pulslosen Nabelschnur, wahrer Knoten derselben. Foetus sanguinolentus, syphiliticus. Tympania uteri. Wochenbett: Foetide Lochien.
2) 21 jähr. II p. II. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.
3) 33 jähr. III. p. I. Schädellage. Symphysiotomie. K. reif, lebt. Temperatursteigerung mit Schüttelfrost am 10. Tage, dann Abfall.
4) 26 jähr. I. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.
5) 32 jähr. III. p. II. Schädellage. Tief asphyctisch. Kind, Wiederbelebung, Facialislähmung links.
6) 24 jähr. I. p. II. Schädellage. Perforation des absterbenden Kindes, Kranioklasie.
7) 25 jähr. I. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.
8) 21 jähr. I. p. II. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

1900: 1) 31 jähr. I. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.
2) 21 jähr. I. p. I. Stirnlage. Kreist 3 Tage. Perforation und Kranioklosie des lebenden Kindes bei verweigerter Symphysiotomie, Episiotomie. 1 mal 39,4° ohne Befund.
3) 21 jähr. I. p. I. Schädellage. Geburt spontan. Kind reif, lebt.

Das Osteomalacetische Becken.

1898: 27 jähr. IV. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt. (No. 309).

1899: 28 jähr. V. p. I. Schädellage. Spontangeburt. Kind reif, lebt.

Von den geburtshilflichen Operationen, die bei den 1000 Geburten nötig waren, sei zunächst die künstliche Frühgeburt erwähnt. Dieselbe wurde in 10 Fällen eingeleitet und zwar 3 mal bei II. p., 2 mal bei III. p., 2 mal bei VI. p.. 1 mal bei VII. p., 1 mal bei VIII. p., einmal nicht angegeben, wieviel para. Die Indication gab 3 mal ein incompensirter Herzfehler ab, 1 mal chronische Nephritis, einmal Eklampsie, 5 mal Beckenverengerung. In 6 Fällen ging die Geburt spontan in Schädellage zu Ende und zwar bei einem dieser Fälle, nachdem die vorliegende Nabelschnur reponiert war. 2 mal wurde die Wendung und Extraction gemacht und 1 mal erfolgte, nachdem die combinierte Wendung auf den Kopf gemacht war, die Spontangeburt. Bei einem der 3 Fälle von Wendung und Extraction einer Querlage, wurde nach Colpeuryse zuerst die Wendung in Schädellage gemacht, dann die Wendung in I. Steisslage und Extraction. Es ist dies der Fall von Ruptur der Symphyse, der unter No. 497:1899 oben genau beschrieben ist. 6 von den 10 Kindern wurden lebend geboren, 1 so tief asphyctisch, dass es sich nicht mehr erholte und 3 kamen tot zur Welt.

In einem Falle von incompensiertem Herzfehler und einem Falle von Eklampsie trat wenige Tage nach der Geburt der Tod der Mutter ein, auch die Kinder waren in diesen Fällen tot. Es sind dies die unter 1899 (No. 399 und 210) oben bereits genau beschriebenen Fälle. In 6 Fällen war das Puerperium normal, in einem Falle hatte die Mutter an Bronchitis zu leiden, der andre Fall ist der von Ruptur der Symphyse.

Die Zange musste 27 mal angelegt werden und zwar bei 17 I. parae; 3 II. parae, 1. IV. p., 2 V. p., 1 VI. p., 1 IX. p. und 2 X. p.

Die Indication zur Anlegung gab

Verschlechterung der Herztöne . . .	9 mal.
Wehenschwäche	10 „
Beckenenge	2 „
Eklampsie	2 „
Beginnende Tympania uteri	1 „

Nabelschnurvorfall . . . . . 1 „
Hysterische Convulsionen . . . . . 1 mal
Vorgeschriebene Pthise, Dyspnoe . . 1 „

Von den Kindern wurden 22 lebend geboren, 5 tot. 22 Mütter machten nach der Zangenoperation ein normales Wochenbett durch; bei einer war eine einmalige Steigerung auf 38,2°, bei einer entwickelte sich eine mastitis, bei einer war eine zweimalige Steigerung auf 38 resp. 38,3° ohne Befund, bei einer mit einer Vulvitis puerperalis war eine einmalige Steigerung auf 38°. Es war dies zugleich ein Fall, wo sich nach dem Forceps eine totale Inversio uteri ausbildete, welche durch Reposition und Tamponade beseitigt wurde. Im 5. Fall endlich, wo nebenbei bei der Parturiens eine Elephantiasis des linken Beines bestand, finde ich das Fieber als Resorptionsfieber nach einer geringen Blutung bezeichnet.

Die Wendung mit sich dran schliessender Extraction wurde 25 mal gemacht und zwar einmal bei einer Erstgebährenden mit einem Nabelschnurvorfall und einmal bei einer Erstgebährenden mit plattrhachitischem Becken und uturus arcuatus, wo sich das Kind in I. dorsoanteriorer Querlage eingestellt hatte. Nachdem die combinierte Wendung auf Kopf und Fuss vergeblich versucht war und auch die äussere Wendung unmöglich, wurde die innere Wendung und Extraction gemacht. Tiefer Cervixriss, sehr starke Blutung, Wochenbett normal, lebendes Kind. Sonst wurde diese Operation nur bei Mehrgebährenden gemacht. Die Indication dazu gab 5 mal Vorfall der Nabelschnur ab und zwar 3 mal bei Schädellage, 2 mal bei Querlage, 5 mal Vorliegen der Nabelschnur, 5 mal Querlage und zwar 2 mal mit Armvorfall, 4 mal rhach. plattes Becken, wobei es sich einmal um eine Hinterscheitelbeineinstellung, einmal um eine Frühgeburt und einmal um Hydramnion handelte; 2 mal einfach plattes Becken, 1 mal placenta praevia und 1 mal ventrofixatio Uteri. 2 mal unter den 25 Fällen kam das Kind tot zur Welt. Mit Ausnahme einer Frau, die aus unbekannter Ursache fieberte, machten alle Frauen ein normales Wochenbett durch.

Die combinierte Wendung kam 6 mal in Anwendung und zwar 2 mal bei placenta praevia totalis — die beiden einzigen Fälle von combinierter Wendung, wo tote Kinder geboren wurden — einmal wegen Vorfall der Nabelschnur, Wöchnerin hat an foetiden Lochien gelitten. einmal wegen Lösung der Placenta, einmal wegen tiefen Sitzes der Placenta und einmal bei einer I. para mit einfach plattem Becken, wo sich das Kind in I. Stirnlage eingestellt hatte, übrigens der einzige Fall von Schädellage bei diesen 6 Fällen, alle andern waren Querlagen. Mit Ausnahme des bereits angegebenen Falles waren sämtliche Wochenbetten normal.

Die äussere Wendung wurde 3 mal gemacht bei 3 Querlagen und zwar einmal bei Zwillingen. In allen 3 Fällen erfolgte die Spontangeburt von lebenden Kindern, die Wochenbetten verliefen normal.

In einem der 3 Fälle wurde die äussere Wendung bei einer I. para mit rhachitisch plattem Becken gemacht, die beiden andern waren II. parae.

Die Extraction kam 14 mal in Anwendung und zwar 6 mal bei Erstgebährenden, 8 mal bei Mehrgebährenden, 10 mal kamen lebende Kinder zur Welt, 4 mal tote. Einmal entstand bei der Ausführung der Operation eine Fractur der Clavicula. In 11 Fällen verliefen die Wochenbetten normal, einmal hatte die Wöchnerin an einer geringen Trombophlebitis zu leiden, einmal an gespannter Brust (einmalige Steigerung auf 38,7°) und ein Fall von Eklampsie endigte für Mutter und Kind letal. Der Fall ist oben genau beschrieben.

Die Perforation und Kranioklasie war in 7 Fällen notwendig, darunter einmal die des absterbenden und einmal die des lebenden Kindes: Ueber den letzten Fall finde ich Folgendes:

Elise H., 21 jähr. I. p. wurde am 29. I. 1900 in die Frauenklinik aufgenommen (1900 No. 47). Eltern leben und sind gesund. Bis zum 12. Jahre litt P. an Epilepsie. Von 14 Jahren menstruiert, stets regelmässig. Sie ist eine mäs-

sig kräftig gut genährte Person. Becken ist allgemein verengt, Conj. diagonalis 10½—11.

Am 30. I. Kopf noch vollständig beweglich über dem Becken, Muttermund, der vorher kleinhandtellergross war, ist wieder auf 3 Markstück-Grösse collabiert. Nachmittags 4 Uhr ist der Kopf ins Becken eingetreten und zwar mit tiefgesenkter Stirn, so dass man rechts dicht vor dem Rande der Placenta die Supraorbitalränder leicht abtasten kann.

31. I. Wehen sehr viel schlechter geworden, Kreissende erbricht fortwährend, was erst nach 10 Tropfen Tinct.-Hoffmann aufhört. Der Kopf steht scheinbar jetzt in Hinterhauptslage. Nähere Diagnose wegen Kopfgeschwulst unmöglich, nach der äussern Untersuchung scheint sich die Kindslage nicht geändert zu haben. Der Kopf tritt in das offenbar allgemein verengte Becken nicht ein. Bei dem Versuch der Katherisierung erscheint die Harnröhre etwas rauh; es tritt leichte Blutung ein; die Blase contrahiert sich dabei tetanisch um den eingeführten Katheder, so dass nichts ausfliesst. Herztöne des Kindes andauernd gut. Muttermund immer noch 3 Markstück gross. Ränder desselben stark wulstig. Nachts werden die Wehen wieder stärker, gegen Mitternacht lassen sie nach, um gegen 4 Uhr wieder recht kräftig zu werden. Kreissende stöhnt und jammert trotz ihrer sonstigen Indolenz laut. Unteres Segment stark druckempfindlich. Contractionsring steht zwischen Nabel und Symphyse, etwas mehr nach dem Nabel. Im fundus uteri entschieden tympanitischer Beiklang; Herztöne des Kindes bleiben andauernd gut, Temp. 12 Uhr 37,6; 4 h. 38,0; 6 h. 37,3; 7 h. 36,8. Kopf steht um 4 Uhr noch ganz beweglich im Becken, Muttermund unverändert, grosse Fontanelle in der Führungslinie. Bei der nach 3 tägigem Kreisen zur Sicherheit gewordenen Aussichtslosigkeit, dass der Kopf doch endlich ins Becken tritt und der Gewissheit, dass die Perforation des vorher abgestorbenen oder noch lebenden Kindes unter allen Umständen nötig wird, wird, da die Symphyseotomie sowohl von der Parturiens als auch den Angehörigen unter keinen

Umständen geduldet wird, morgens in der Klinik zur Perforation des lebenden Kindes geschritten. Perforation in der grossen Fontanelle in ausgedehnter Weise mit dem stumpfen, scheerenförmigen Perforatorium, darauf Ausspülung des Grosshirns und nach 3 tägigem Kreissen wird bei der absoluten Wehenschwäche und bei der Aussichtslosigkeit, dass auch der perforierte Kopf ins Becken spontan eintritt, beschlossen, trotz des sehr engen und rigiden Muttermundes den Kranioklasten anzulegen. Anlegung desselben quer über das Gesicht, ganz festes Zuschrauben und langsame, vorsichtige, oft durch Pausen unterbrochene Tractionen, bei denen der Muttermund mit dem Finger möglichst zurückgeschoben und gedehnt wird. Kranioklasie recht schwierig durch das bis zum Beckenausgang verengte Becken. Da der Damm sich sehr anspannt, rechtsseitige Episiotomie. Das Kind macht beim Durchschneiden Inspirationsbewegungen und wird in das bereitgehaltene Wasser geworfen. Nach ca. 3 Minuten herausgenommen, krächzt es doch. Cervix auf beiden Seiten nicht tief eingerissen. Naht der Episiotomie mit geknüpften Seidennähten. Placenta folgt spontan. Am 8. Tage einmalige Steigerung auf 39°, sonst Wochenbett normal.

Was die Perforation in den übrigen Fällen betrifft, so handelte es sich

2) um eine 37 jähr. IX. p. mit placenta praevia partialis. Kind liegt in II. Querlage.
Tamponade, Colpeuryse, Perforation und Kranioklasie des toten Kindes. Steigerung am ersten Tage des Wochenbettes.

3) 28 jähr. II. p. mit mässig plattem Becken. Kind liegt in II. Schädellage.
Perf. und Kranioklasie des toten Kindes. Wochenbett normal.

4) 29 jähr. II. p. mit platt-rhachitischem Becken. Kind liegt in I. Schädellage.
Perforation des toten Kindes. Wochenbett normal.

5) 24 jähr. I. p. mit allgemein verengtem, rhachitischem Becken. Kind liegt in II. Schädellage.

Perforation u. Kranioklasie des absterbenden Kindes. Wochenbett normal.

6) 25 jähr. II. p. mit plattrhachtischem Becken. Vorliegen der pulslosen Nabelschnur.

Wochenbett normal.

7) 22 jährl. I. p. mit einfach plattem Becken, Kind tot bei Aufnahme, liegt in I. Sch.-L. Vorfall der Nabelschnur.

Perforation und Kranioklasie. Wochenbett norm.

Die sectio caesarea wurde 2mal ausgeführt, einmal als conservative sectio, das 2te mal wegen des myomatösen Uterus.

Ueber Fall I. finde ich Folgendes.

Maria H., 30 jähr., VI. p., wird am 12. III. 1899 (No. 108) in die Frauenklinik aufgenommen. Gravide lernte mit 5 Jahren laufen. Sie ist eine mittelgrosse, gesund aussehende Person mit rhachitisch plattem Becken.

Conjug. ext. 17.

Conjug. diag. 9.

I. Menstr. mit 19 Jahren regelmässig.

I. partus 93. Perforation des reifen Kindes.

II. partus 94. Perforation des reifen Kindes.

III. partus 95, arte praematurus; Steisslage. Kind † nach 1 Stunde.

IV. partus 96, arte praematurus; Fusslage Placentaranomalie; Kind † geboren.

V. 98, arte praematurus; Fissur des rechten Scheitelbeines. Kind † nach 30 Stunden.

Frau kommt mit gesprungener Blase, ein Fuss ist in die Scheide geboren. Herztöne gut. In Anbetracht der früheren ungünstigen Geburten sectio caesarea beschlossen. Nach Desinfection der Scheide und der Bauchdecken, Längsschnitt in der linea alba. Uterus lässt sich nicht hervorwälzen. Eröffnung desselben in situ. Placenta, die normal sitzt, getroffen. Entwicklung des Kindes. Naht des Uterus mit 4 Seidennähten, die Serosa und Decidua nicht

mitfassen, Catgutnaht in Etagen. Isolierte Serosanaht. Bauchdecken-Naht in Etagen.

Uterus gut contrahiert; 2 Spr. Ergotin. Kind scheint normal, wird dann aber tief aphyktisch, nach ½ Stunde zum Schreien gebracht. Wochenbett normal.

Im zweiten Falle (No. 73, 99) war die Frau wegen im kleinen Becken eingeklemmter irreponibler Myome zur sectio caesarea bestellt. Auch jetzt gelingt eine Reposition der Tumoren nicht. Blasensprung, Nabelschnurvorfall. Daher sofort Ausführung der sectio. Eröffnung des Uterus dnrch vorderen Längsschnitt, Entwicklung des ganz frischen Mädchens. Sodann Hervorwälzen des Uterus, Umlegen des Schlauches, Umsteckung sämtlicher Gefässe, supraviginale Amputation, retroperitoneale Stielversorgung. Bauchnaht in Etagen.

Die Symphyseotomie wurde einmal bei einer 33 j. III. p. mit allgemein verengtem Becken gemacht. Anna S. wurde am 16. II. 99 (No. 72) in die Klinik aufgenommen. Sie ist eine kleine schmächtige Person.

I. Periode mit 15 Jahren, stets regelmässig.

I. partus 1888, spontan.

II. partus 1890, mit Perforation beendet.

17. II., 6 h. Nm. Zur Anregung von Wehen wird wegen andauernder Wehenlosigkeit bei 5 Markstück grossen Muttermund die Blase gesprengt, dabei entleert sich eine ziemliche Menge Fruchtwasser.

18. II., 6 h. Nm. Anlegung der Zange an den im Beckeneingang eingekeilten Kopf. Nach 6 Tractionen wird wegen Aussichtslosigkeit des Beginnens von weiteren Versuchen abgesehen. In der Nacht trotz Morphium kein Schlaf. Am Morgen des 19. ist Kopf etwas tiefer getreten in ganz unveränderter Haltung, Herztöne gut. Es wird jetzt nochmals der forceps angelegt, abermals ohne Erfolg.

Nach entsprechender Desinfection wird daher zur Symphyseotomie geschritten. Sagitale Spaltung der Haut sowie des Fettes bis auf die Symphyse. Die sich am oberen Symphysenende vorwölbende Blase wird zurückgeschoben, das Periost auf der Vorderfläche der Sympyse durchtrennt.

Unterbindung einiger spritzender Gefässe. Unter sorgfältiger Fixierung des Beckens, sodann Durchtrennung der Symphyse mit geknöpftem Messer. Klaffen der Symphyse auf etwa 1/2 cm. Anlegen des forceps, Extraction: Dabei weichen unter Krachen die Knochenenden auseinander, gleichzeitig erfolgt eine ziemlich erhebliche Blutung aus dem plexus cavernosus, die nach erfolgter Extraction des Kindes sich durch eine Umstechung beherrschen lässt. Von der Blase keine Blutung. Fixation der Symphysenenden durch 4 Periost-Silbersuturen. Eine Reihe gut versenkter Catgutnähte, tiefe Seidennähte, fortlaufende Catgutnaht. Jodoform-Collodium-Verband. Beckengurt. Kind asphyktisch, nach 1/2 Stunde wiederbelebt. Placenta folgt auf energischen Credé. Am 3. Tage des Wochenbettes hat P. eine Temperatur von 38,5°, die sich bis zum 10. Tage ungefähr auf dieser Höhe erhält. Dann erfolgt eine weitere Steigerung auf 39,7°, gleich darauf ein Abfall zur Norm, um am 12. und 13. Tage nochmals auf 39,7° zu steigen, sodann allmähliger Abfall zur Norm. Die Wunde, die anfangs ein foetides Secret secerniert heilt nur langsam.

Am 5. IV. wird P. mit Beckenverband und den nötigen Verhaltungsmassregeln entlassen.

Die Decapitation und Exenteration wurde einmal bei einer 35 jähr. I. para mit plattrhachitischem Becken gemacht. Es handelte sich hier um eine eingekeilte Schulterlage. Das Wochenbett verlief normal.

Von den Operationen in der Nachgeburtsperiode ist die manuelle Placentarlösung zu erwähnen, welche dort zur Anwendung kam, wo selbst forcierter Credé in Narcose nicht zum Ziele führte. Die Operation ist 7 mal nötig gewesen wegen mehr oder weniger vollständiger Adhaerenz der Placenta. Mit Ausnahme eines Falles, wo die Uterustamponade hinzugekommen war, verliefen sämtliche Wochenbetten nach der Operation normal. In diesem einen Fall trat mehrfache Steigerung der Temperatur ein ohne jeden Befund.

Grössere Dammrisse kamen 19 mal vor, complette 3 mal und tiefe Cervixrisse 4 mal. Nur in einem

einzigen Falle konnte ein fieberhafter Verlauf des Wochenbettes auf den Dammriss bezogen werden.

Was die Wochenbetterkrankungen betrifft, so ist als Grenze zwischen normalem und gestörtem Wochenbett der 38. Wärmegrad angenommen und als Wochenbetterkrankung jede auch nur einmalige Temperatursteigerung über 38° C. angesehen worden. Die Messungen der Temperatur sind in Axilla vorgenommen Morgens 7 Uhr und Abends 5 Uhr. Bei schwereren Erkrankungen, Schüttelfröste etc. wurde selbstverständlich die Temperatur auch ausser der Zeit häufig bestimmt. Im Ganzen wurden Temperatursteigerungen bis und über 38° bei 99 Wöchnerinnen beobachtet = 9,9 pCt.

Wie bei der Bearbeitung des 2.. 3. und 4. Tausend der Geburten, die in de Würzburger Klinik unter Herrn Prof. Dr. Hofmeier zur Beobachtung kamen, so ist auch bei dem vorliegenden 5. Tausend in jedem Falle eine Infection angenommen worden, wenn auch an den Geburtswegen irgend welche pathologische Veränderung nicht vorhanden, ein bestimmter Beweis durch einen objektiven Befund dafür, dass die Temperatursteigerung durch irgend eine andere Erkrankung bedingt sei, aber gleichfalls nicht zu erbringen war, andererseits ist nur dann eine Complication des Wochenbetts angenommen worden, wenn für dieselbe ein objektiver Befund zu erheben war, für eine Genitalerkrankung aber jeder Anhaltspunkt fehlte.

Ein anderer Krankheitsherd wurde bei 24 Erkrankungen festgestellt und zwar:

Mastitis (incipiens)	14 mal
Meningitis tuberculosa	1 „
Bronchitis	1 „
Phthisis pulmonum	1 „
Peritonitis chron. et pleuritis chr..	1 „
Eklampsie	2 „
Pneumonie	1 „
Gangrän der Zehen	1 „
Bubones inguinales	1 „
Influenza	1 „

Die Complicationen wurden alle zunächst in der Anstalt selbst behandelt, nur ein Fall von Gangrän der Zehen und ein Fall von tuberculöser Basilarmeningitis werden nach dem Juliusspital verlegt, doch auch erst nach längerer Behandlung in der Frauenklinik. Der erste Fall ist oben genau beschrieben, über den zweiten Fall finde ich Folgendes:

Dorothea K. 27 jähr. I. p. wird am 6. VII. 99 (No. 286) in die Frauenklinik aufgenommen. Die Eltern sind beide an Phthise gestorben. Erste Periode mit 18 Jahren, anfangs unregelmässig, später regelmässig. Sie ist eine mittelgrosse ziemlich gut genährte Person. Die Geburt erfolgt am 8. VII. spontan. Es wird ein reifes, lebendes Mädchen geboren. Temperatur am 1. Tage 37,9°. Dann Abends in der Folge ca. 39,5, Morgens 37,8° — 38,°. Am 7. Tage Mittags 12 h. tritt ein Zustand von Apathie ein, sie giebt keine Antworten mehr, schwatzt vor sich unzusammenhängende Worte; Nacken steif, Reflexe sehr erhöht. Pupillen gleich, reagieren. Oft vollständige Empfindungslosigkeit; zeitweise Contracturen des rechten Armes, Flexoren und Extensoren. Doppelseitige Daclyocystoblenorrhoe.

Diagn.: Meningitis tuberculosa. Augen frei, keine Neuritis, keine Tuberkeln. Tuberculöse Granulationen in der Nasenmuschel.

Wird in demselben Zustand am 15. VII. ins Juliusspital übergeführt, wo sie am 20. VII. stirbt.

Section ergiebt: Tuberculöse Basilar-Meningitis.

Erkrankungen im Wochenbett, die mit mehr oder weniger Recht auf Infection zurückzuführen sind, wurden bei 74 Wöchnerinnen beobachtet. Der besseren Uebersicht wegen ist, wie dies Zweifel thut, bei diesen 74 Fällen ein Unterschied zwischen leichten und schweren Wochenbetterkrankungen gemacht worden. Als leicht sind all die Wochenbetterkrankungen bezeichnet worden, bei denen die Tempenatur nicht 39° überstieg, als schwer, wo sie darüber hinausging.

I. Leichtere Fieberfälle, die 39° nicht erreichen, aber nachweisbar von den Genitalien ausgingen, kamen **29** vor.

Foetide Lochien 14
(eine vordem nicht innerlich untersucht)
Putride Endometritis . . . 4
Decidualpolyp 1
Retention von Eihäuten . . 2
Lochialstauung 4
Belegte Wunden 3
Zu stark gefüllte Blase . . . 1

Bei innerlich nicht untersuchten Frauen trat zwei mal Fieber auf.

II. Fieberfälle leichterer Art, für die sich eine Ursache nicht finden liess: **30.**

III. Fieberfälle ernsteren Charakters, d. h. über 39°: **15.**

Endometritis puerperalis . . . 1
Fieber nach Symphyseotomie . 1
Streptococcen-Endometritis . . 2
(von diesen eine luetische Person, die mehrere Schüttelfröste und Temperatur 42° mit einer grossen Wucherung am Kreuzbein, sehr schmutzige Person, die zweite hatte nur 2 mal 38,2° gemessen, doch waren Streptococcen vorhanden.)
Retention von Eihäuten . . . 2
Ohne Befund an den Genitalien 5
(eine davon am dritten Tage einmalige Steigerung auf 39,3° nach Aufstehen, das ihr verboten war. Die 4 anderen hatten nur eine einmalige Steigerung auf 39° resp. 39,2° ohne Befund. Bei allen fiel die Temperatur sofort wieder.)
Pyaemie 1
(unter No. 256, 1899 genau beschrieben. P. kam fiebernd in die Klinik, hatte mehrere Schüttelfröste nach der Entbindung, Curve typisch pyämisch, wenngleich diese genau nicht nachzuweisen. Vitium cordis, an den Genitalien nichts.)

Ulcus puerperalis zugleich mit Pyosalpinx und Bronchitis acuta 1
Sepsis puerperalis 1
Vulvitis puerperalis 1

Complicationen der Geburt in Beziehung zu fieberhaften Wochenbetten:

Lues der Mutter 2
Spitze Condylome 2
Spontangeburt bei plattem Becken . 1
Bubones inguinales 1
Blutungen 6
Tympania uteri mit foet. sangu. . . 1
Plattes Becken bei Gesichtslage . . 1
Vitium Cordis 2

Operationen.

Forceps 3
Dammriss 1
Combinierte Wendung 1
Extraction, Colpeuryse, Symphysenruptur . 1
Symphyseotomie 1
Manuelle Placentarlösung 1
Tamponade nach inversio uteri und Reposition 1
Episiotomie (als puerper. Pyosalpinx) . . . 1
Perforation und Kranioklasie 1

Gesamtmorbität 99
Nachweis eines anderen Krankheitsherdes 24
Leichtere von den Genitalien ausgehende Fieberfälle . 29
Leichtere Fieberfälle, bei denen eine Ursache nicht zu finden war 31
Schwerere Fieberfälle insgesamt 15

Davon, d. h. von den 15, ohne Befund an den Genitalien 4, mit der Pyaemie und Sepsis, wo auch die Genitalien frei waren 6.

Mortalität: Im Ganzen starben **5** an

Eklampsie	2
Incompensiertem Herzfehler .	1
Apoplexie (unentbunden) . .	1
Septicopyaemie	1

Bei den 1000 Geburten = **0,5 pCt.**

Sämtliche Fälle sind oben genau beschrieben.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass eine Ophtalmoblennorrhoe des Neugeborenen in 1 Falle zur Beobachtung kam. Das Wochenbett der Mutter war normal.

Druckfehler: Seite 7, 1. Absatz, 1. Zeile lies statt: „Einige“ „Eineiige“ Zwillinge.

Lebenslauf.

Ich Hugo Jacobsohn, Preusse, bin geboren am 15. November 1874 zu Labuhn i. Pom. als Sohn des Gast- und Landwirtes Bernhard Jacobsohn in Labuhn, Kreis Lauenburg (Pommern). Nach Besuch des Progymnasiums in Lauenburg und des Gymnasiums in Stolp erwarb ich mir am 12. März 1894 das Reifezeugnis in Stolp und bezog am 1. April 1894 die Universität zu München, wo ich mein erstes halbes Jahr abdiente und bis zum 1. Oktober blieb. Hierauf ging ich nach Berlin, wo ich 9 Semester zubrachte. April 1899 wandte ich mich nach Würzburg, wo ich mich auch der ärztlichen Staatsprüfung unterzog. Hier wurde ich am 11. Februar 1901 als Arzt approbiert. Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Hrn. Dr. Vogel verfasst.